

第三者行為による傷病届

記載例

あなた

項目		内容	
(被保険者名等) 届出者	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 ●●●●●	保険者名 〇〇〇市
	届出者情報 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	氏名 / 生年月日	ふりがな にいがた たろう 氏名 新潟 太郎 生年月日 ●●年●月●日
		住所 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇 〇〇〇市△△△町□□□番地 TEL 012(345) 6789
	氏名 / 続柄 / 生年月日	届出者の情報と同じ場合はチェック <input checked="" type="checkbox"/>	届出者との関係 生年月日 年 月 日
住所 / 電話	〒 TEL ()		
(第三者) 加害者	氏名	ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日
	住所 / 電話	〒 TEL	
事故発生状況	事故発生日時	令和3年7月11日 午前 / 午後 1時20分頃	
	事故発生場所	□□□市☆☆☆町888	
	労災保険対象の確認	本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 (※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック) <input checked="" type="checkbox"/>	
自(加害者) 賠償保険	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 ふりがな 氏名	自賠償証明書番号 第 号
	登録番号 / 車台番号	登録番号 車台番号	
	保険期間 / 自賠償証明書番号	保険期間	自賠償証明書番号 第 号
任意保険(加害者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 担当部署	
	取扱店所在地 / 電話	〒 TEL	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名 E-mail	
	保険契約者名	ふりがな 氏名	
	住所	〒	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 契約番号 第 号	
	任意対人一括の有無	有 / 無	
被害者加入の保険会社の関与	関与の有無をチェックし、「有」の場合は右欄を記入 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名 担当部署	
		担当者氏名 TEL ()	
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 ※治療終了日(見込)については可能な範囲でご記入ください。	① 診療機関名 新潟県立●●●●●病院 入院 有 治療開始日 3年7月11日 治療終了(見込) 年 月 日	
		〒 〇〇〇-〇〇〇 □□□市☆☆☆町123 TEL 444(555) 6666	
		② 診療機関名 〇〇〇整形外科クリニック 入院 有 治療開始日 3年9月20日 治療終了(見込) 年 月 日	
		〒 〇〇〇-〇〇〇 □□□市☆☆☆町456 TEL 666(555) 4444	
		③ 診療機関名 入院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日	
		〒 TEL ()	
傷病届作成日 / 作成支援の有無	令和3年7月20日	本届出書を損害保険会社等(業務委託先を含む)の支援を受けて作成した場合はチェック <input checked="" type="checkbox"/>	

事故証明書を基に分かる範囲で記載します

(注) 本書は、自賠償共済、任意共済の場合、自賠償保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容をご記入ください。